

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : PSYCHIATRIE

Par

Manuel ORSAT

Né le 15 janvier 1985 à La Flèche

Présentée et soutenue publiquement le : 25 juin 2013

***ETUDE OBSERVATIONNELLE D'UNE COHORTE DE 103 PATIENTS
ADMIS EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT EN
APPLICATION DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011***

Président : Monsieur le Professeur GARRE Jean-Bernard

Directeur : Monsieur le Docteur MESU Rares Cosmin

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. BAUFRETON
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| | | |
|-------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| MM. | ABRAHAM Pierre | Physiologie |
| | ASFAR Pierre | Réanimation médicale |
| | AUBÉ Christophe | Radiologie et imagerie médicale |
| | AUDRAN Maurice | Rhumatologie |
| | AZZOUZI Abdel-Rahmène | Urologie |
| Mmes | BARON Céline | Médecine générale (professeur associé) |
| | BARTHELAIX Annick | Biologie cellulaire |
| MM. | BATAILLE François-Régis | Hématologie ; Transfusion |
| | BAUFRETON Christophe | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| | BEAUCHET Olivier | Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement |
| | BEYDON Laurent | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| | BIZOT Pascal | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| | BONNEAU Dominique | Génétique |
| | BOUCHARA Jean-Philippe | Parasitologie et mycologie |
| | CALÈS Paul | Gastroentérologie ; hépatologie |
| | CAMPONE Mario | Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie |
| | CAROLI-BOSC François-Xavier | Gastroentérologie ; hépatologie |
| | CHABASSE Dominique | Parasitologie et mycologie |
| | CHAPPARD Daniel | Cytologie et histologie |
| | COUTANT Régis | Pédiatrie |
| | COUTURIER Olivier | Biophysique et Médecine nucléaire |
| | DARSONVAL Vincent | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| | de BRUX Jean-Louis | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| | DESCAMPS Philippe | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| | DIQUET Bertrand | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique |
| | DUVERGER Philippe | Pédopsychiatrie |
| | ENON Bernard | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| | FANELLO Serge | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| | FOURNIER Henri-Dominique | Anatomie |
| | FURBER Alain | Cardiologie |
| | GAGNADOUX Frédéric | Pneumologie |
| | GARNIER François | Médecine générale (professeur associé) |

| | | |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. | GARRÉ Jean-Bernard | Psychiatrie d'adultes |
| | GINIÈS Jean-Louis | Pédiatrie |
| | GRANRY Jean-Claude | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| | HAMY Antoine | Chirurgie générale |
| | HUEZ Jean-François | Médecine générale |
| Mme | HUNAUT-BERGER Mathilde | Hématologie ; transfusion |
| M. | IFRAH Norbert | Hématologie ; transfusion |
| Mmes | JEANNIN Pascale | Immunologie |
| | JOLY-GUILLOU Marie-Laure | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MM. | LACCOURREYE Laurent | Oto-rhino-laryngologie |
| | LASOCKI Sigismond | Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation |
| | LAUMONIER Frédéric | Chirurgie infantile |
| | LE JEUNE Jean-Jacques | Biophysique et médecine nucléaire |
| | LEFTHÉRIOTIS Georges | Physiologie |
| | LEGRAND Erick | Rhumatologie |
| | LEROLLE Nicolas | Réanimation médicale |
| Mme | LUNEL-FABIANI Françoise | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MM. | MALTHIÉRY Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| | MARTIN Ludovic | Dermato-vénéréologie |
| | MENEI Philippe | Neurochirurgie |
| | MERCAT Alain | Réanimation médicale |
| | MERCIER Philippe | Anatomie |
| Mmes | NGUYEN Sylvie | Pédiatrie |
| | PENNEAU-FONTBONNE Dominique | Médecine et santé au travail |
| MM. | PICHARD Eric | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| | PICQUET Jean | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| | PODEVIN Guillaume | Chirurgie infantile |
| | PROCACCIO Vincent | Génétique |
| | PRUNIER Fabrice | Cardiologie |
| | REYNIER Pascal | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | RICHARD Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| MM. | RODIEN Patrice | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| | ROHMER Vincent | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| | ROQUELAURE Yves | Médecine et santé au travail |
| Mmes | ROUGÉ-MAILLART Clotilde | Médecine légale et droit de la santé |
| | ROUSSELET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MM. | ROY Pierre-Marie | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| | SAINT-ANDRÉ Jean-Paul | Anatomie et cytologie pathologiques |
| | SENTILHES Loïc | Gynécologie-obstétrique |
| | SUBRA Jean-François | Néphrologie |
| | URBAN Thierry | Pneumologie |
| | VERNY Christophe | Neurologie |
| | VERRET Jean-Luc | Dermato-vénéréologie |
| MM. | WILLOTEAUX Serge | Radiologie et imagerie médicale |
| | ZANDECKI Marc | Hématologie ; transfusion |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

| | | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. | ANNAIX Claude ANNWEILER Cédric | Biophysique et médecine nucléaire Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement |
| Mmes | BEAUVILLAIN Céline BELIZNA Cristina BLANCHET Odile | Immunologie Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement Hématologie ; transfusion |
| M. | BOURSIER Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Mme | BOUTON Céline | Médecine générale (maître de conférences associé) |
| MM. | CAILLIEZ Éric CAPITAIN Olivier CHEVAILLER Alain | Médecine générale (maître de conférences associé) Cancérologie ; radiothérapie Immunologie |
| Mme | CHEVALIER Sylvie | Biologie cellulaire |
| MM. | CONNAN Laurent CRONIER Patrick CUSTAUD Marc-Antoine | Médecine générale (maître de conférences associé) Anatomie Physiologie |
| Mme | DUCANCELLE Alexandra | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MM. | DUCLUZEAU Pierre-Henri FORTRAT Jacques-Olivier HINDRE François JEANGUILLAUME Christian | Nutrition Physiologie Biophysique et médecine nucléaire Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme | JOUSSET-THULLIER Nathalie | Médecine légale et droit de la santé |
| MM. | LACOEUILLE Franck LETOURNEL Franck | Biophysique et médecine nucléaire Biologie cellulaire |
| Mmes | LOISEAU-MAINGOT Dominique MARCHAND-LIBOUBAN Hélène MAY-PANLOUP Pascale | Biochimie et biologie moléculaire Biologie cellulaire Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| | MESLIER Nicole | Physiologie |
| MM. | MOUILLIE Jean-Marc PAPON Xavier | <i>Philosophie</i> Anatomie |
| Mmes | PASCO-PAPON Anne PELLIER Isabelle PENCHAUD Anne-Laurence | Radiologie et Imagerie médicale Pédiatrie <i>Sociologie</i> |
| M. | PIHET Marc | Parasitologie et mycologie |
| Mme | PRUNIER Delphine | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | PUISSANT Hugues | Génétique |
| Mmes | ROUSSEAU Audrey SAVAGNER Frédérique | Anatomie et cytologie pathologiques Biochimie et biologie moléculaire |
| MM. | SIMARD Gilles TURCANT Alain | Biochimie et biologie moléculaire Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique |

septembre 2012

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur GARRE Jean-Bernard

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur MESU Rares Cosmin

Membres du jury :

Monsieur le Professeur SENON Jean-Louis

Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clotilde

Monsieur le Docteur CANET Joël

Monsieur le Docteur MESU Rares Cosmin

Monsieur le Juge LE VAILLANT DE CHARNY Antoine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Bernard Garré,

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Nous vous remercions pour la richesse de votre enseignement au cours de notre internat de Psychiatrie et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Rares Cosmin Mesu,

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger cette thèse. Nous vous exprimons nos remerciements pour la rigueur avec laquelle vous nous avez accompagné dans ce travail et pour votre disponibilité.

A Madame le Professeur Clotilde Rougé-Maillart,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail en participant au jury de cette thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail en participant au jury de cette thèse.

Veuillez trouver l'expression de notre profonde gratitude pour votre enseignement et l'ouverture que vous nous avez apportée au champ de la Psychiatrie Criminelle et Médico-légale.

A Monsieur le Docteur Joël Canet,

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Votre amitié, votre accompagnement et votre soutien tout au long de notre internat de Psychiatrie ont profondément marqué notre parcours.

A Monsieur le Juge Antoine Le Vaillant de Charny,

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements pour votre disponibilité et vos précieux éclairages.

A mes parents et à mes frères et belles-soeurs,

Votre soutien sans faille tout au long de ces années m'a été précieux.

A mes grands-parents,

Pour votre si grande affection.

Aux amis que ces années consacrées à étudier la médecine m'ont permis de rencontrer,

A Nicolas, Victoire, David, Romain, Anne-Lise, Pierre, Solène, Chloé, Marine, Noémie, Anne, Claire.

A Lionel, Nicolas, Sophie, Olivier, Amélie, Mélanie, Samar, Stan.

A Lucy, ma première (et ma dernière !) co-interne d'ophtalmologie...

A Gaël et Anastasyia, à Margaret dont la fidèle amitié m'est chère.

A celles et ceux que mon cursus m'a permis de rencontrer,

A Monsieur le Professeur Gilles Guy, pour la richesse de nos échanges et votre amitié.

A Monsieur le Professeur Abdel-Rahmène Azzouzi, pour avoir marqué mon parcours, pour ton amitié et ta fidélité.

A Madame le Docteur Sylvie Derobert, pour ton amitié complice.

A Monsieur le Docteur Alain Guillemin, pour ta confiance et ton compagnonnage.

A Maître Dominique Descamps-Mini pour votre relecture rigoureuse et bienveillante.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADESM : Association des Directeurs d'Etablissements de Santé Mentale

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CESAME : Centre de Santé Mentale Angevin

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

DMM : Durée Moyenne de la Mesure

DMS : Durée Moyenne de Séjour

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HO : Hospitalisation d'Office

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

PS : Programme de Soins

SDDE : Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement

SDT : Soins à la Demande d'un Tiers

SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'Etat

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

SPSC : Soins Psychiatriques Sans Consentement

PLAN

| | |
|--------------------------------------------|-----------|
| Avant-propos..... | 11 |
| 1 Introduction | 12 |
| 2 Matériel et Méthodes | 16 |
| 3 Résultats..... | 18 |
| 4 Discussion | 24 |
| 5 Conclusion | 31 |
| 6 Références bibliographiques | 32 |
| Liste des figures | 35 |
| Liste des tableaux | 36 |
| Table des matières..... | 37 |
| Annexe | 38 |

Avant-propos

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers est le siège d'un service d'urgences psychiatriques dont émane la grande majorité des demandes d'admission en Soins Psychiatriques Sans Consentement pour le département du Maine-et-Loire. Le travail qui suit est une analyse des pratiques professionnelles dans ce service en matière de Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement. Il est présenté sous la forme d'un article scientifique qui est accepté pour publication dans les Annales Médico-Psychologiques. Il a fait l'objet d'une communication affichée au 11ème Congrès International de l'Association de Recherche et de Soutien de soins en Psychiatrie Générale (ARSPG) qui s'est tenu à Paris du 26 au 29 mars 2013.

Certains aspects du travail sont par ailleurs soumis pour des communications orales au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française 2013 et au Congrès de l'Association Francophone pour l'Etude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques 2013.

1 Introduction

La loi du 5 juillet 2011 « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » a profondément remanié le cadre légal des soins psychiatriques sans consentement [6, 12]. Elle réforme la loi du 27 juin 1990 : l'Hospitalisation d'Office (HO) et l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) sont transformées, mais les critères d'hospitalisation demeurent inchangés et l'Hospitalisation Libre reste la règle [33]. L'hospitalisation sans consentement cherche à concilier plusieurs principes : « la prise en charge sanitaire des malades mentaux, le respect de la dignité et de la liberté individuelle des personnes internées et le maintien de la sécurité publique » qui doivent cohabiter et respecter les principes constitutionnels [1]. En outre, la loi du 4 mars 2002 a apporté quelques évolutions en matière d'information au patient [38] et de respect des droits des malades hospitalisés sans consentement [25].

En 2010 et 2011, deux décisions du Conseil Constitutionnel [8], faisant suite à des Questions Prioritaires de Constitutionnalité, ont estimé l'absence de contrôle par le juge judiciaire des HDT et des HO au-delà de 15 jours non-conforme à l'article 66 de la Constitution. La Cour Européenne des Droits de l'Homme, dans un arrêt de 2011, a considéré que la France avait violé l'article 5.4 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme [11], car la loi ne permettait pas qu'un juge statue « à bref délai » sur la légalité de la privation de liberté d'un patient hospitalisé sans consentement. Le « rapport Strohl » suggérait une simplification de l'entrée dans les soins et la mise en place de soins sans consentement extra-hospitaliers [37]. Un rapport des Inspections Générales des Affaires Sociales (IGAS) et des Services Judiciaires (IGSJ) déplorait des situations d'impasse en l'absence de demande écrite

de tiers [25]. Le rapport Piel et Roelandt mentionnait l'intérêt de soins ambulatoires sans consentement et la nécessité de l'intervention du juge judiciaire en tant que « garant du respect des libertés individuelles » [28]. Le Comité Consultatif National d'Ethique notait au sujet de la loi du 27 juin 1990 qu'une « réflexion *était* nécessaire pour s'assurer que la loi protège effectivement les personnes » et mettait en garde sur de possibles hospitalisations abusives [10]. Les insuffisances de la loi de 1990 en matière de prise en charge des situations d'urgence et de dangerosité liées aux troubles mentaux ont également été soulignées [5, 18, 19, 31], ce qui a pu être jugé comme ayant une influence « sécuritaire » sur le législateur [16]. Enfin, dans la quasi-totalité des pays d'Europe, c'est l'autorité judiciaire qui est habilitée à statuer sur les soins sans consentement, ce qui rendait le dispositif français marginal [32].

C'est dans ce contexte que la loi du 5 juillet 2011 a été adoptée. Elle crée, entre autres innovations, une voie d'hospitalisation en cas de péril imminent (les Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent, SPPI) lorsqu'aucune demande de tiers n'est disponible (art. L3212.1-II-2 du Code de la Santé Publique). Le directeur peut prononcer une admission lorsque le tiers est injoignable ou refuse de formuler une demande d'admission en SDT et qu'il y a « un péril imminent pour la santé de la personne constaté par un certificat médical ». L'intention du législateur est d'offrir un meilleur accès aux soins des personnes isolées ou pour lesquelles la famille ne souhaite pas s'engager [14]. Les SPPI et les Soins à la Demande d'un Tiers (classiques ou d'urgence) (SDT) constituent les deux voies de Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement (SDDE).

D'autres nouveautés ont été introduites par la loi [24] : le contrôle systématique de toute hospitalisation sans consentement par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) avant l'expiration d'un délai de 15 jours et tous les 6 mois si la mesure se

poursuit ; des certificats médicaux plus nombreux ; le « programme de soins » (PS) créant les soins ambulatoires sans consentement ; et une période d'observation initiale de 72 heures est instituée. Ceci répond aux observations formulées par certains auteurs – en s'éloignant parfois de l'esprit de leurs propositions [1, 20, 31, 34-36] – mais la lourdeur de ce nouveau schéma administratif fait l'objet de critiques [2, 40]. Les certificats sont toutefois une garantie pour le patient que sa privation de liberté est bien justifiée par son état de santé ; une réflexion et des aménagements sont attendus [3, 15].

Les statistiques exhaustives les plus récentes fournies par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) concernent l'année 2011 [23]. Elles font état de 74.585 séjours en HDT et SDDE (les deux procédures ayant coexisté cette année-là). Parmi ces mesures, les SPPI ne sont pas exceptionnels : selon l'Association des Directeurs d'Etablissements de Santé Mentale (ADESM), une enquête entre août 2011 et juillet 2012 sur 98 établissements répertoriait 36.839 séjours en SDDE, dont 6.831 en SPPI (soit 18,5%) [40]. Cette nouvelle procédure interroge sur les garanties des droits du citoyen à l'initiation des soins, au regard de la privation de liberté qu'elle entraîne (un seul certificat, pas de demande de tiers). Les hospitalisations sans consentement – en particulier les SDDE – sont une pratique courante en psychiatrie, qu'il convient d'évaluer dans un souci d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Les évaluations locales sont d'autant plus pertinentes qu'il existe des disparités majeures en terme d'hospitalisation sans consentement entre département, sans que les causes en soient clairement élucidées [25].

En Maine-et-Loire, le service des urgences psychiatriques est au CHU d'Angers ; les patients sont secondairement hospitalisés, le cas échéant, dans les secteurs de

psychiatrie adulte du département. La population desservie compte 780.082 individus (INSEE 2009) et 583 mesures SDDE ont été prononcées sur le département au cours de l'année 2011, selon la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP).

Nous avons conçu une étude observationnelle qui avait pour objectif de comparer la durée des mesures de soins sans consentement des patients admis en SDDE via le CHU d'Angers, selon qu'ils étaient en SPPI ou en SDT. S'agissant d'une distinction purement administrative, nous avons formulé l'hypothèse qu'il ne devrait pas y avoir de différence significative entre les deux catégories en termes de durée des soins sans consentement, de durée d'hospitalisation ou de fréquence de PS.

2 Matériel et Méthodes

2.1 Population

L'échantillon de cette étude observationnelle prospective a été constitué du 16 juillet au 15 octobre 2012. Tous les patients, hommes et femmes de plus de 18 ans, faisant l'objet d'une mesure de SDDE (SPPI et SDT classique ou d'urgence) initiée au CHU d'Angers ont été inclus successivement.

Il s'agissait d'une étude épidémiologique permettant une évaluation d'une pratique professionnelle courante : les SDDE.

2.2 Paramètres étudiés

Un premier recueil de données avait lieu lors de la rédaction du certificat initial justifiant le déclenchement de la mesure. On relevait alors : les données socio-démographiques ; le type d'hospitalisation sans consentement : SPPI ou SDT (classiques ou d'urgence) ; le diagnostic coté par le médecin ayant rédigé le certificat, selon la CIM-10 [27] ; l'orientation du patient pour permettre son suivi et la deuxième évaluation ; et, lorsque cela apparaissait, la justification du choix de SPPI plutôt que de SDT. A 60 jours de l'admission en SDDE, un deuxième recueil de données relevait la durée du séjour hospitalier, la durée de la mesure de SPPI ou SDT, le mode de mainlevée de la mesure le cas échéant (médecin, JLD, CDSP, tiers) et la prise en charge ambulatoire organisée après l'hospitalisation si celle-ci était terminée (soins libres, soins ambulatoires sans consentement : PS, transfert vers un autre établissement non-sectorisé, transfert vers l'hôpital général pour raisons somatiques, ou autre).

Le critère de jugement principal était la durée de la mesure de SDDE. Les critères de jugement secondaires étaient la durée de séjour, le mode de mainlevée de la mesure, le type de prise en charge post-hospitalisation et les diagnostics justifiant la mesure.

2.3 Analyses statistiques

L'ensemble des variables a été analysé avec le logiciel SPSS Statistics 15.0. La distribution des variables quantitatives a été étudiée selon les paramètres usuels (moyenne, médiane, mode, minimum, maximum, intervalle de confiance autour de la moyenne, écart-type). Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages correspondants. La comparaison entre les deux groupes SPPI et SDT a été réalisée à l'aide de tests paramétriques et non-paramétriques, selon la distribution des variables et la taille des groupes. Les tests t de Student, du χ^2 de Pearson, de Fischer et de Mann-Whitney ont été utilisés. L'association entre deux variables quantitatives était estimée par le coefficient de corrélation de Pearson (ou le coefficient de corrélation des rangs de Spearman pour les analyses non-paramétriques). Les tests étaient bilatéraux avec un seuil de significativité p fixé *a priori* à 0,05.

3 Résultats

3.1 Echantillon

Cent trois patients ont été inclus ; ils étaient répartis en deux groupes : 39 SPPI (37,9%) et 64 SDT (62,1%). L'âge moyen était de 42 ans ; il était de 41,2 ans dans le groupe SPPI et 42,4 ans dans le groupe SDT ($p=0,73$). Les hommes représentaient 48,5% de l'effectif total ; ils étaient 46,1% ($n=18$) en SPPI et 50% ($n=32$) en SDT ($p=0,70$).

3.2 Données générales

A J60, pour les 103 patients de l'échantillon, la Durée Moyenne de la Mesure (DMM) était de 16,5 jours et la Durée Moyenne de Séjour (DMS) de 20 jours. Les DMM et DMS pour les groupes SPPI et SDT sont présentées dans le Tableau I : il n'existait pas de différence significative entre ces deux groupes ($p>0,05$).

Tableau I : Comparaison des durées moyennes de la mesure et des durées moyennes de séjour pour l'échantillon entier et les deux groupes après 60 jours de suivi

| | Echantillon (n=103) | SPPI (n=39) | SDT (n=64) | p |
|-------------------------------------------|------------------------|----------------|---------------|------|
| Durée Moyenne de la Mesure (jours) | 16,5 | 14,7 | 17,6 | 0,42 |
| Durée Moyenne de Séjour (jours) | 20 | 16,2 | 22,4 | 0,07 |

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent ; SDT : Soins à la Demande d'un Tiers

L'évolution au cours du temps du nombre de patients faisant l'objet d'une mesure de soins et du nombre de patients hospitalisés est présentée dans les figures 1 et 2.

Figure 1 : Diagramme Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion de patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement (SPSC) est toujours en cours après un nombre donné de jours (abscisse), dans chacun des deux groupes : soins pour péril imminent (vert, n=39) et soins à la demande d'un tiers (bleu, n=64).

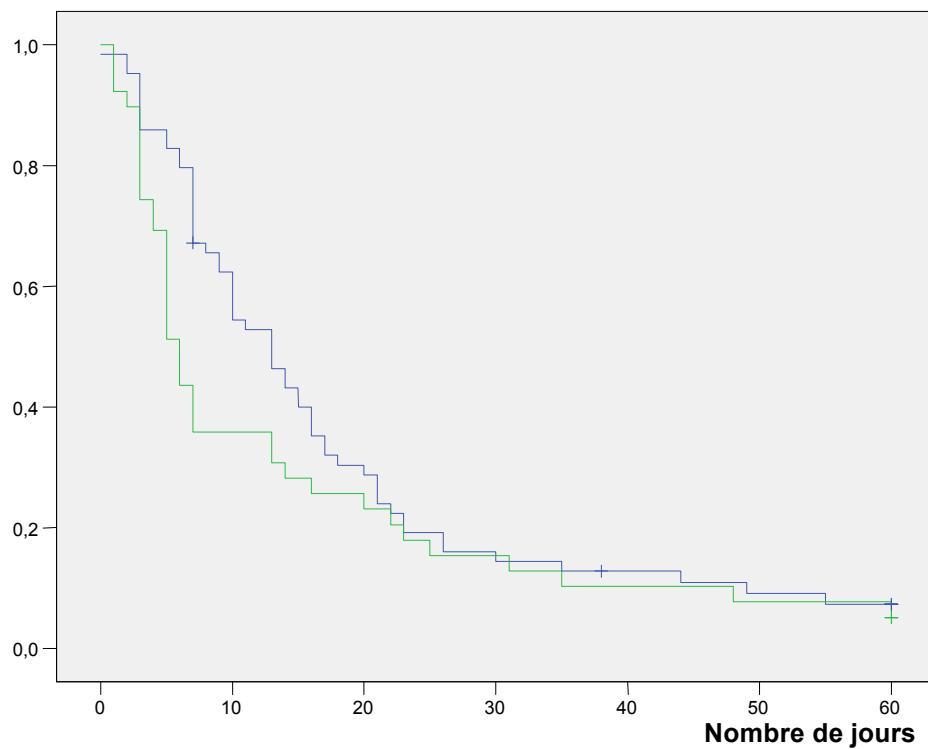
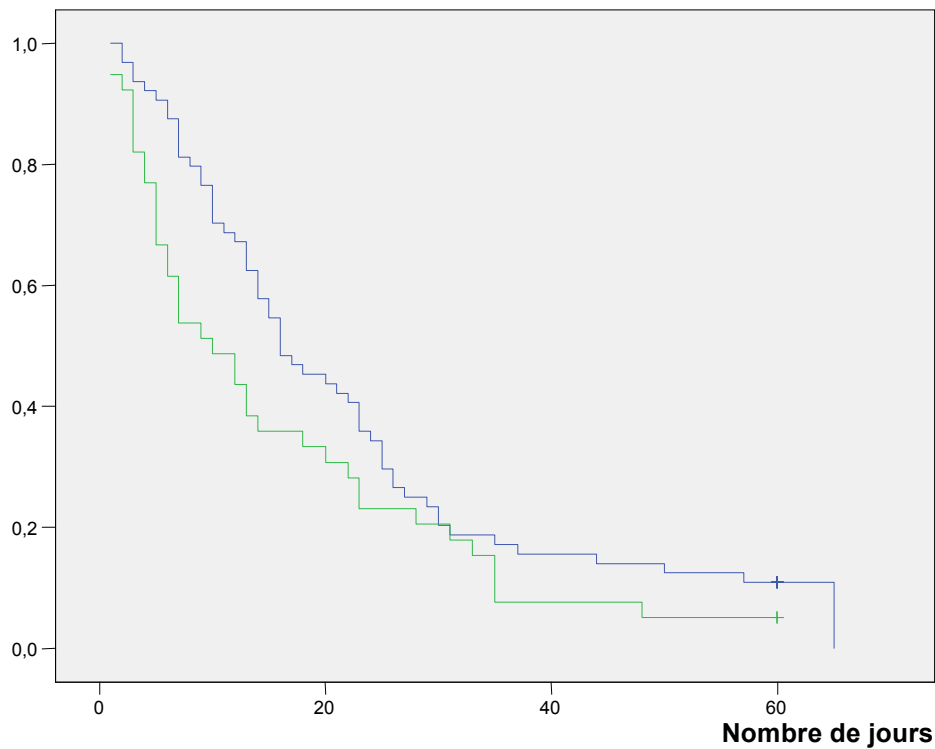


Figure II : Diagramme Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion de patients encore hospitalisés (ordonnées) après un nombre de jours donné (abscisse), dans chacun des deux groupes : soins pour péril imminent (vert, n=39) et soins à la demande d'un tiers (bleu, n=64).



La durée médiane de la mesure était de 6 jours pour les SPPI et de 13 jours pour les SDT. Dans le groupe SPPI, 10 mesures (25,6%) ont duré plus de 15 jours (période maximale pour le contrôle systématique du JLD) ; dans le groupe SDT, il y en avait 27 (42,2%) ($p=0,09$). Des mainlevées avaient été prononcées pour 94 patients : 35 issus du groupe SPPI et 59 du groupe SDT ($p=0,73$).

Les données ont ensuite été analysées dans les deux sous-groupes constitués à J60 en fonction du critère de jugement principal : les 94 patients dont la mesure de Soins

Psychiatriques Sans Consentement (SPSC) avait été levée et les neuf patients pour lesquels la mesure était maintenue.

3.3 Analyse des 94 patients ne faisant plus l'objet d'une mesure de Soins Psychiatriques Sans Consentement à J60.

La DMM était de 9,4 jours pour les SPPI ; elle était significativement plus faible que celle des SDT qui s'élevait à 14 jours ($p=0,05$). De même, la DMS était significativement plus faible dans le sous-groupe SPPI *versus* SDT où elle s'élevait respectivement à 13,2 et 19,5 jours ($p=0,03$).

Les autres variables étudiées (type de mainlevée, diagnostics, statut marital) n'étaient pas différentes pour les deux groupes. Le Tableau II présente les résultats pour ces 94 patients.

Tableau II : Données comparatives pour les patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement est levée pendant les 60 premiers jours (n=94)

| | SPPI n (%) | SDT n (%) | p* |
|-------------------------------------------|------------|-----------|-------------|
| Effectif total du sous-groupe | 35 (100) | 59 (100) | 0,73 |
| Hommes | 17 (48,6) | 29 (49,1) | 1,0 |
| Age moyen (années) | 41,0 | 42,1 | 0,74 |
| Durée Moyenne de la Mesure (jours) | 9,4 | 14,0 | 0,05 |
| Durée Moyenne de Séjour (jours) | 13,2 | 19,5 | 0,03 |
| Type de mainlevée | | | |
| Médecin | 35 (100) | 58 (98,3) | 1,0 |
| JLD | 0 (0) | 1 (1,7) | 1,0 |
| Statut marital | | | |
| Seul | 22 (62,9) | 38 (64,4) | 0,9 |
| En couple | 13 (37,1) | 21 (35,6) | 0,9 |
| Diagnostic CIM-10 | | | |
| F10-F19 | 4 (11,4) | 9 (15,3) | 0,76 |
| F20-F29 | 14 (40) | 21 (35,6) | 0,67 |
| F30-F39 | 15 (42,8) | 21 (35,6) | 0,48 |
| F40-F48 | 1 (2,9) | 7 (11,9) | 0,25 |
| F60-F69 | 1 (2,9) | 1 (1,7) | 1,0 |

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent ; SDT : Soins à la Demande d'un Tiers ; JLD : Juge des Libertés et de la Détention ; F10-F19 : « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives », F20-F29 : « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », F30-F39 : « Troubles de l'humeur », F40-F48 : « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes », F60-F69 : « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ».

* en gras figurent les valeurs significatives

3.4 Analyse des neuf patients toujours sous mesure de Soins Psychiatriques

Sans Consentement à J60.

Ces patients étaient toujours hospitalisés sans consentement (n=6) ou sortis avec un PS (n=3). Quatre appartenaient au groupe SPPI et cinq au groupe SDT (p=0,73). Les résultats comparés sont présentés dans le Tableau III. Les PS ont concerné deux patients du groupe SPPI et un du groupe SDT (p=0,55).

Tableau III : Données comparatives pour les patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement est toujours en cours au 60^{ème} jour (n=9)

| | SPPI (n) | SDT (n) | p |
|------------------------------------------|----------|---------|------|
| Effectif total du sous-groupe | 4 | 5 | 0,73 |
| Hommes | 3 | 2 | 0,52 |
| Age moyen (années) | 43,7 | 45,6 | 0,84 |
| Durée Moyenne de Séjour (jours) | 42,3 | 55,8 | 0,35 |
| Sortie prononcée (patients en PS) | 2 | 1 | 0,52 |
| Statut marital * | | | |
| Seul | 3 | 4 | 1,0 |
| En couple | 0 | 1 | 1,0 |
| Diagnostic CIM-10 | | | |
| F10-F19 | 1 | 1 | 1,0 |
| F20-F29 | 1 | 1 | 1,0 |
| F30-F39 | 0 | 2 | 0,44 |
| F40-F48 | 2 | 1 | 0,52 |
| F60-F69 | 0 | 0 | 1 |

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent ; SDT : Soins à la Demande d'un Tiers ; PS : Programme de Soins ; F10-F19 : « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives », F20-F29 : « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », F30-F39 : « Troubles de l'humeur », F40-F48 : « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes », F60-F69 : « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ».

* une donnée manquante

3.5 Données complémentaires : les motif de recours aux Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent.

La raison du recours aux SPPI était connue pour 27 des 39 mesures : dans 55,6% des cas, aucun tiers n'était joignable (n=15) ; dans 37% des cas, un tiers était joignable et en accord avec l'hospitalisation, mais ne souhaitait pas signer une demande écrite (n=10) ; et dans 7,4% des cas, un tiers était joignable mais opposé à une mesure d'hospitalisation (n=2).

4 Discussion

4.1 Principaux résultats

L'hypothèse de départ est confirmée : les DMM et DMS dans les groupes SPPI et SDT ne sont pas significativement différentes pour l'ensemble de l'échantillon.

Toutefois, pour les 94 patients dont la mesure était levée à J60, il a été montré que DMM et DMS étaient significativement plus faibles dans le groupe SPPI *versus* SDT. Les DMM et les DMS apparaissaient également plus courtes pour le groupe SPPI que pour le groupe SDT dans l'ensemble de l'échantillon (statistiquement non-significatif).

L'inclusion successive de toutes les mesures de SDDE déclenchées dans notre établissement sur une période de 3 mois était la méthodologie la plus adaptée à une étude observationnelle destinée à évaluer la pratique. Cette étude a débuté un an après l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 pour éviter les biais liés à l'inexpérience des équipes et des structures (levées de mesures par le JLD pour cause de saisine tardive par exemple [3]). Les deux recueils de données avaient lieu à J0 et J60 : cette période de deux mois a été choisie au regard de la durée moyenne des HDT (et SDDE) en 2011 qui était de 34,2 jours d'après l'ATIH [23] et de 21 jours au CESAME (Centre de Santé Mentale Angevin, réunissant sept des 10 secteurs de psychiatrie adulte du département). Il s'agissait d'une étude monocentrique, ce qui restreint la portée des résultats, mais donne un aperçu des pratiques locales.

4.2 Limites et confrontation aux données de la littérature

Les données statistiques sur les soins sans consentement sont rares en France [20] ; et à notre connaissance il n'existe pas d'étude sur la durée de soins impliquée par les

SPPI. C'est l'originalité de ce travail à une période charnière où l'on commence à avoir une certaine expérience de la loi et où le texte de loi devrait être revu dans les mois à venir [17, 29, 39].

L'initiation des soins sans consentement représente une privation de liberté médicalement justifiée pour laquelle existent des garanties médico-légales (certificats multiples, contrôle et lecture de tous les certificats par le JDL, CDSP).

Les inclusions ont concerné 103 patients transférés vers les secteurs du département sur une période de deux mois. Il s'agit de l'activité moyenne observée localement depuis plusieurs années en matière de SPSC. L'âge et le sexe dans notre échantillon sont comparables aux données nationales sur les SDT [23]. C'est globalement le cas pour les diagnostics portés à l'inclusion, même si nous avons constaté plus de troubles de l'humeur (36,7% dans notre échantillon *versus* 19% au niveau national) et moins de troubles schizophréniques (35,9% dans notre échantillon *versus* 50% au niveau national) [23] ; néanmoins, les chiffres ne sont pas tout à fait comparables, car les données nationales regroupent toutes les hospitalisations sans consentement (y compris les Soins sur Décision du Représentant de l'Etat). Les troubles de la personnalité (F60-69) sont rares dans notre échantillon (1,9%). Mais le diagnostic retenu était le premier code mentionné par le médecin ayant déclenché les SPSC. Des troubles de la personnalité étaient souvent cotés comme comorbidité psychiatrique et ne ressortent donc pas de nos résultats. Rappelons enfin que les cotations sont source de variation inter-juge [30].

La DMS (20 jours dans notre échantillon) est conforme aux durées habituellement enregistrées au CESAME : 21 jours pour l'année 2011 (HDT et SDT) mais en-deçà des moyennes nationales calculées à 34,2 jours [23] et des chiffres rapportés par Lopez et al. (60 jours en 2005 sur trois régions) [25].

Le rapport SPPI / SDT de notre échantillon (37,9% de SPPI et 62,1% de SDT) est plus élevé que la tendance nationale (18,5% de SPPI et 81,3% de SDT) [40]. Le recrutement s'est fait exclusivement à partir du CHU d'Angers ce qui peut constituer un biais de sélection : les situations qui y sont traitées sont toutes des situations d'urgence. Il semble donc cohérent que les cas comportant un « péril imminent pour la santé de la personne » y soient plus fréquents. Cette proportion pourrait être moindre pour les SDDE déclenchés à partir des services de prise en charge ambulatoire de secteurs ou pour les transformations d'hospitalisations libres en SDT par exemple : la coopération entre chacun des acteurs (médecin traitant, psychiatre de secteur, famille) y est meilleure et les demandes de tiers peut-être plus facilement disponibles.

Les PS sont un aspect essentiel de cette loi [12, 26] ; on note leur faible représentation dans notre échantillon (trois PS instaurés pour 103 mesures de SDDE soit 2,9%). Au plan national, 18,7% des SDDE donnaient lieu à un PS [40]. Parallèlement, les DMS étaient plutôt faibles dans l'échantillon : il se peut que les PS concernent des patients dont la prise en charge intra-hospitalière est plus longue et impose un suivi rapproché et rigoureux après la sortie, d'où cette sous-représentation. *Stricto sensu*, les PS représentent une *restriction de liberté* – plutôt qu'une privation car ils n'empêchent pas le citoyen « d'aller et venir librement » [8, 15]. Il ne semble pas que le choix des PS avec des temps intra-hospitaliers quasi-permanents pour échapper au contrôle du JLD – dénoncé par certains – soit une pratique locale [7, 16].

4.3 Analyse critique des résultats, hypothèses et prospective

Les SPPI durent moins longtemps (médiane des durées à 6 jours, DMM à 14,7 jours et seules 25,6% des mesures durent 15 jours ou plus) ce qui pourrait aboutir à des contrôles systématiques du JLD à J15 moins fréquents. Or, ce contrôle est une garantie pour le citoyen lorsqu'il est l'objet d'une mesure de SPPI [12]. Notre étude ne permet pas de trancher sur la proportion de mesures non-contrôlées par le JLD (contrôles avant J15 possibles). Mais s'il se confirmait que les trois quarts des patients admis en SPPI échappent au contrôle systématique du JLD, on pourrait discuter l'effectivité de cette garantie. Et une intervention plus précoce du JLD, à 72h par exemple (fin de la période d'observation), pourrait s'envisager afin qu'il statue dans « les plus brefs délais » [7, 15], conformément à la décision du Conseil Constitutionnel du 26 novembre 2010 [8]. Ce délai est d'ailleurs variable selon les pays : de 21 jours (en Irlande) et jusqu'à une intervention précoce du JLD dans d'autres pays européens et au Québec, où la décision même d'admission est parfois judiciaire (Allemagne, Luxembourg).

En outre, le fait que les mesures de SPPI aboutissent à des SPSC et des hospitalisations plus courtes interroge. En d'autres termes, les médecins certificateurs initiaux n'opteraient-ils pas pour une attitude préventive, une sorte de « principe de précaution » face à des tableaux aigus dont la résolution rapide conduit à des mainlevées précoces ? Certains y voient un glissement d'une prise en charge de *l'état mental* vers celle du *risque* ou du « péril imminent pour la santé de la personne » qui conduirait à un recours accru aux soins sans consentement [12], en l'espèce au SPPI plus facilement qu'au SDT, réservé à un contexte moins impérieux. En ce sens, la période d'observation de 72 heures, est une échéance brève permettant de reconsidérer la symptomatologie rapidement.

4.4 Remarques sur la loi du 5 juillet et son application

Attendu que la loi du 5 juillet 2011 doit être revue avant le 1^{er} octobre 2013 [8, 17, 21, 39], une évaluation attentive de la mesure de SPPI et une discussion sur les modalités de son contrôle seraient opportunes. Cette nouvelle mesure répond à une nécessité d'accès aux soins optimisé pour des patients isolés [14]. Sans remettre en cause les décisions médicales des praticiens, un accroissement des garanties pour le citoyen, en cas de SPPI, est à discuter. Du reste, les premières analyses montrent que les JLD confirment dans l'immense majorité des cas la mesure (1,7% de mainlevée par le JLD dans notre échantillon ; 5% selon la chancellerie pour la première année, dont une proportion non-négligeable de mainlevées pour des raisons purement « administratives ») [4, 40].

La forte proportion de SPPI prononcée impose de rappeler que dans l'esprit du législateur, cette mesure devait garder un caractère exceptionnel [26]. Toutefois, les résultats de cette étude ne permettent pas de conclure définitivement sur une telle prégnance des SPPI. Depuis plusieurs années déjà, il est constaté une inflation du recours aux procédures « d'urgence » (ancien péril imminent de la loi de 1990 et ancienne HO d'urgence). Entre 1992 et 2001, la part des procédures d'urgence pour les HDT est passée de 12% à 40% avec des fluctuations locales majeures : en 2001, de 1% à 80% de l'ensemble des HDT étaient en « péril imminent » selon les départements [25]. Cette tendance semble ancienne et pérenne ; mais une évaluation rigoureuse de la pratique permettrait de mieux comprendre les recours aux SPPI et d'améliorer la pratique encadrée par la loi du 5 juillet [15]. La « traçabilité » des démarches accomplies avant la décision d'opter pour une mesure de SPPI plutôt que de SDT devrait figurer au dossier médical. Elle contribuerait à justifier le choix d'un

SPPI – mesure qui revêt un caractère subsidiaire au regard du SDT – en formalisant l'impossibilité de recueillir une demande de tiers [15]. Au CHU d' Angers, une « fiche de traçabilité » de la recherche de tiers a été mise en place. Elle trace, dans le dossier médical, les différentes démarches entreprises pour obtenir une demande écrite de tiers.

Les certificats rédigés par les médecins doivent préciser les fondements de la demande de soins sans consentement. Dorénavant systématiquement lus par le juge, les certificats médicaux « circonstanciés » doivent expliciter l'*incapacité à consentir* et démontrer le caractère « adapté, nécessaire et proportionné » de la mesure [6, 22]. Si les aspects « techniques » exprimés dans un vocabulaire d'initiés ne sont pas opportuns, les motivations des certificats doivent, elles, être soignées. C'est particulièrement le cas pour les SPPI [3]. Le certificat est un médium entre médecin et JLD. Ces deux acteurs essentiels doivent interagir de façon optimale pour que l'application de la loi garantisse un accès aux soins satisfaisants pour les personnes atteintes de troubles mentaux tout en préservant leurs droits de citoyens. Pour cela, la compréhension par chacun des deux « corps », médical et judiciaire, des rôles, des missions et des objectifs de l'autre est un prérequis indispensable. La formation des psychiatres au champ de la psychiatrie médico-légale et la découverte du vaste champ de la maladie mentale par les magistrats doivent se développer. A cet égard, la rencontre entre ces deux acteurs est enrichissante [38]. A l'échelon local ces échanges peuvent s'organiser pour une application meilleure de la loi. A Angers, les différents partenaires (JLD, médecins, administration hospitalière, avocats) ont opté pour des audiences en visio-conférences systématiques. Contrairement aux oppositions que cristallise cette méthode [7, 9, 13, 40], elle s'applique en Maine-et-Loire avec efficacité. Pensée sans dogmatisme, elle permet l'application de la loi

dans des conditions matérielles satisfaisantes pour tout le monde, et surtout pour le patient à qui l'on évite un transfert vers le Tribunal de Grande Instance dont les locaux imposeraient sa cohabitation avec les justiciables.

5 Conclusion

La nouvelle mesure de SPPI introduite par la loi du 5 juillet 2011 aboutit à des DMM et des DMS plus courtes que les SDT sur les 60 premiers jours. Cette différence paraît plurifactorielle, mais ces résultats imposent d'être répliqués pour permettre une évaluation solide de cette mesure, en vue de son éventuel aménagement, faisant place à un contrôle systématique du JLD à 72 heures. En outre, une analyse régulière des pratiques des soins d'urgence en psychiatrie est indispensable à l'amélioration de la qualité des soins.

Conflits d'intérêt : Aucun.

6 Références bibliographiques

1. About N. Avis N° 477 présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la prévention de la délinquance. Paris: Sénat; 2006.
2. Bénézech M, Sage S, Degeilh B, Le Bihan P, Ferré M. À propos de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : réflexions psychologiques et médico-légales critiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2012;170(3):216-9.
3. Blisko S, Lefrand G. Rapport d'information sur la mise en oeuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris: Assemblée Nationale, 2012.
4. Bureau des schémas d'organisation des méthodes et des études. Bilan des réponses au 4ème questionnaire sur la mise en place de la réforme des soins psychiatriques : août 2011 - juillet 2012. Paris: Ministère de la Justice / Direction des Services Judiciaires, 2012.
5. Burgelin J-F. Rapport de la commission Santé-Justice : santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive. Paris: Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2005.
6. Code de la Santé Publique. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris 2011 [10/31/2012]; Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E3D2ECD8271D6BE51CB3F77C79BDA5F.tpdjo03v_2?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte=20121031.
7. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Avis sur les premiers effets de la réforme des soins psychiatriques sans consentement sur les droits des malades mentaux. CNCDH; 2012 [updated 22/03/2012]; Available from: http://www.cncdh.fr/IMG/pdf/avis_de_suivi_soins_psychiatriques.20120322.pdf.
8. Conseil Constitutionnel. Les décisions QPC. Paris 2013; Available from: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-type/les-decisions-qpc.48300.html>.
9. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2011. Paris: 2012.
10. Cossart P, Delmas-Marty M, Deschamps C, Dien M-J, Ameisen J-C, Beloucif S, et al. Avis n°87 : Refus de traitement et autonomie de la personne. Paris: Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, 2005.
11. Cour Européenne des Droits de l'Homme. Arrêt de la CEDH du 14 avril 2011 - Affaire Patoux contre France, requête n° 35079/06. Strasbourg 2011.
12. Couturier M. La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle. *Revue de droit sanitaire et social*. 2012;1:97-111.
13. Delarue J-M. Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 14 octobre 2011 relatif à l'emploi de la visioconférence à l'égard de personnes privées de liberté In: Contrôleur général des lieux de privation de liberté, editor. Paris: JORF du 9 novembre 2011.

14. Dinni M. Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris: Sénat, 2011.
15. Dupuy O. Loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : analyse et propositions de modifications. Association des Etablissements participant au service publique de Santé Mentale; 2012 [25/01/13]; Available from: <http://www.adesm.fr/wordpress/wp-content/uploads/2012/10/NOTE-Olivier-DUPUY-ADESM-Reforme5juillet2011-V3-30septembre-2012.pdf>.
16. FNAPSY. L'esprit d'une loi. Droit, Déontologie et Soins. 2011;11(4):440-8.
17. Fraysse J. Question N° 4258 de la députée Jacqueline Fraysse à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé (question publiée au JO le 11/09/2012, réponse publiée au JO le 25/12/2012). Paris: Assemblée Nationale; 2012 [17/01/2013]; Available from: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-4258QE.htm>.
18. Garraud J-P. Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier Ministre à Monsieur Jean-Paul Garraud, Député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Paris: Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006.
19. Goujon P, Gautier C. Rapport d'information fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et de l'administration générale par la mission d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses. Paris: Sénat, 2006.
20. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique : modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Paris: HAS; 2005.
21. Jonas C. L'hospitalisation sans consentement des malades mentaux décidément sous l'œil du Conseil Constitutionnel (Commentaire de la décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012). Médecine & Droit. 2012;2012(117):179-81.
22. Jonas C. Le certificat circonstancié de la loi du 5 juillet 2011 : pourquoi ? Comment ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2012;170(10):699-702.
23. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation [database on the Internet]. [cited 29/11/12]. Available from: <http://www.atih.sante.fr/>.
24. Laguerre A, Schürhoff F. Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques. L'Encéphale. 2012;38(2):179-84.
25. Lopez A, Yeni I, Valdes-Boulouque M, Castoldi F. Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Paris: Rapport IGAS 2005-064 / IGSJ 11/05, 2005.
26. Lorrain J. Rapport sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris: Sénat, 2011.
27. Organisation Mondiale de la Santé: CIM-10. Chapitre V (F), Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et Directives pour le Diagnostic,. Classification Internationale des Maladies: 10ème révision. Genève: Masson; 1993.

28. Piel E, Roelandt J-L. De la Psychiatrie vers la Santé Mentale, rapport de mission - juillet 2001. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé, 2001.
29. Rabin M. Question N° 4860 de la députée Monique Rabin à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé (question publiée au JO le 18/09/2012, réponse publiée au JO le 18/12/2012). Paris: Assemblée Nationale; 2012 [22/12/2012]; Available from: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-4860QE.htm>.
30. Richieri R, Boyer L, Lancon C. Fiabilité des références diagnostiques du Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie. Santé Publique. 2011;23(HS):31-8.
31. Riera R, Mauchet C, Babre S, Eustache D, Paquy S. Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement. Ministère de l'Intérieur, Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Police Nationale, Inspection de la Gendarmerie Nationale; 2004.
32. Salize H, Dreßing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. European Commission Health and Consumer Protection Directorate General; 2002.
33. Sayn I. L'hospitalisation à la demande d'un tiers. Médecine & Droit. 1998;1998(31):1-10.
34. Senon J-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. L'Évolution Psychiatrique. 2005;70(1):117-30.
35. Senon J-L. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. L'information psychiatrique. 2005;81:627-34.
36. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2012;170(3):211-5.
37. Strohl H, Clemente M. Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales / Direction Générale de la Santé, 1997.
38. Vaillant C. L'intervention du Juge des Libertés depuis la loi du 5 juillet 2011 : les premiers obstacles rencontrés. L'information psychiatrique. 2011;87(10):763-8.
39. Vigier P. Question N° 9246 du député Philippe Vigier à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé (question publiée au JO le 06/11/12, réponse publiée au JO le 25/12/12). Paris: Assemblée Nationale; 2012 [17/01/2013]; Available from: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-9246QE.htm>.
40. Wesner P. Enquête sur l'application de la loi du 5 juillet 2011 : période du 1/08/11 au 31/07/12. In: Congrès de l'ADESM, editor. Lille2012.

Liste des figures

Figure I : Diagramme Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion de patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement (SPSC) est toujours en cours après un nombre donné de jours (abscisse), dans chacun des deux groupes : soins pour péril imminent (vert, n=39) et soins à la demande d'un tiers (bleu, n=64)..... 19

Figure II : Diagramme Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion de patients encore hospitalisés (ordonnées) après un nombre de jours donné (abscisse), dans chacun des deux groupes : soins pour péril imminent (vert, n=39) et soins à la demande d'un tiers (bleu, n=64). 20

Liste des tableaux

Tableau I : Comparaison des durées moyennes de la mesure et durée moyenne de séjour pour l'échantillon entier et les deux groupes après 60 jours de suivi..... 18

Tableau II : Données comparatives pour les patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement est levée pendant les 60 premiers jours (n=94)..... 22

Tableau III : Données comparatives pour les patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement est toujours en cours au 60^{ème} jour (n=9) 23

Table des matières

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Avant-propos..... | 11 |
| 1 Introduction | 12 |
| 2 Matériel et Méthodes | 16 |
| 2.1 Population | 16 |
| 2.2 Paramètres étudiés..... | 16 |
| 2.3 Analyses statistiques..... | 17 |
| 3 Résultats..... | 18 |
| 3.1 Echantillon..... | 18 |
| 3.2 Données générales | 18 |
| <i>Tableau I : Comparaison des durées moyennes de la mesure et durée moyenne de séjour pour l'échantillon entier et les deux groupes après 60 jours de suivi.....</i> | 18 |
| <i>Figure I : Diagramme Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion de patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement (SPSC) est toujours en cours après un nombre donné de jours (abscisse), dans chacun des deux groupes : soins pour péril imminent (vert, n=39) et soins à la demande d'un tiers (bleu, n=64).....</i> | 19 |
| <i>Figure II : Diagramme Kaplan-Meier (« de survie ») illustrant la proportion de patients encore hospitalisés (ordonnées) après un nombre de jours donné (abscisse), dans chacun des deux groupes : soins pour péril imminent (vert, n=39) et soins à la demande d'un tiers (bleu, n=64).</i> | 20 |
| 3.3 Analyse des 94 patients ne faisant plus l'objet d'une mesure de Soins Psychiatriques Sans Consentement à J60. | 21 |
| <i>Tableau II : Données comparatives pour les patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement est levée pendant les 60 premiers jours (n=94).....</i> | 22 |
| 3.4 Analyse des neuf patients toujours sous mesure de Soins Psychiatriques Sans Consentement à J60..... | 22 |
| <i>Tableau III : Données comparatives pour les patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement est toujours en cours au 60^{ème} jour (n=9)</i> | 23 |
| 3.5 Données complémentaires : les motifs de recours aux Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent..... | 23 |
| 4 Discussion | 24 |
| 4.1 Principaux résultats | 24 |
| 4.2 Limites et confrontation aux données de la littérature | 24 |
| 4.3 Analyse critique des résultats, hypothèses et prospective | 27 |
| 4.4 Remarques sur la loi du 5 juillet et son application | 28 |
| 5 Conclusion | 31 |
| 6 Références bibliographiques | 32 |
| Liste des figures | 35 |
| Liste des tableaux | 36 |
| Table des matières..... | 37 |
| Annexe | 38 |

Annexe

Fiche de recueil de données

N° inclusion: _____

Étude SPSC

fiche de renseignements (sujets inclus)

NB: uniquement les rubriques codées par lettres seront incluses dans la base numérique de données

Partie I - Données à l'inclusion: Investigateur (initiales) =

Nom:

___/___/2012

B) Date d'inclusion (début hospitalisation):

Prénom:

___/___/2012

c) Echéance 2^{ème} recueil d'informations (J60):

Date de naissance: ____/____/19____

Secteur qui accueille le patient (numéro de 1 à 10): _____ Provenance dossier: UPAP Réa Liaison UMPS

D) Age: _____ans

E) Genre: Homme Femme

F) Statut marital: Célibataire Concubinage Marié Séparé Divorcé Veuf

G) Psychotropes en cours (pris per os dans les 48h précédentes ou injection faite il y a <30 jours, entourer):

Oui / Non / NSP

H) Type de mesure d'admission (entourer): SDT / SPPI

Diagnostic initial retenu:

I) En clair: _____

J) Code CIM-10: F....., F....., Z....., autres: _____

Observations:

Partie II - Données J60: Investigateur (initiales) =

Date remplie: ___/___/2012

K) Durée du séjour hospitalier:jours ou (entourer si applicable) > 60 jours

L) Durée de la mesure de SPSC:jours ou (entourer si applicable) > 60 jours

M) Modalité de levée de la mesure (qui a pris la décision?): Médecin Juge Tiers CDSP

Diagnostic de sortie retenu:

N) En clair: _____

NN) Code CIM-10: F....., F....., Z....., autres: _____

O) Orientation à la sortie: soins ambulatoires sans consentement ("protocole de soins")

soins ambulatoires avec consentement ("libres")

orientation vers un autre établissement "psy" (clinique, convalescence)

levée de mesure pour raison somatique intercurrente et transfert CH(U)

pas de suivi

autres

(préciser): _____

Observations: